

Kiropraktik

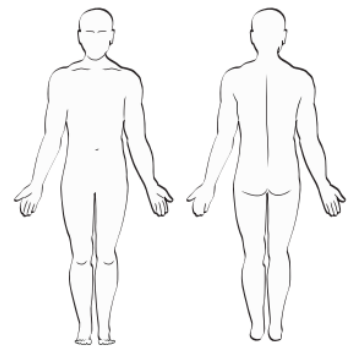
Udfyld venligst ved første konsultation. Svar på spørgsmålene så godt du kan. Svarene er meget vigtige for os for at kunne give dig den bedst mulige behandling. Er du i tvivl, så spring spørgsmålet over og gå videre. Vi gennemgår skemaet igen ved konsultationen.

Navn: _____ Dato: _____

CPR: _____

Telefonnummer: _____ E-mailadresse: _____

Hvad er grunden til du kommer? Har du ondt, skriv hvor det er, og marker det på tegningen.



Hvornår omtrent begyndte de nuværende symptomer?

Ca. dato: _____

Hvordan startede symptomerne?

- Langsomt, snigende
- Pludseligt

Hvad udløste symptomerne?

- Ingen kendt årsag
- Andet - Angiv hvad: _____

Er der forskel på symptomerne dagen igennem?

- Værst om morgenen
- Værst morgen og aften
- Forværres i løbet af dagen
- Intet mønster

Hvad kan gøre dine symptomer værre? _____

Hvad kan lindre dine symptomer? _____

Kiropraktik

Smerteintensitet (marker med kryds over det tal, der beskriver dine smerter bedst)

Netop nu

Ingen smerter

Værst tænkelige smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Er symptomerne: Aftagende Uændret Tiltagende

Aktuel medicin (fx smertestillende medicin, lægeordineret medicin, p-piller)?

Nævn. Afkryds effekt ved smertestillende.

- | | | | | | |
|----------|-------|-------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 2. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 3. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 4. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |
| 5. _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Middel | <input type="checkbox"/> God |

Har du haft samme eller lignende problemer tidligere?

Nej

Ja - Hvor hyppigt? _____

Er du blevet undersøgt andre steder (fx speciallæge, sygehus, MR-skanning, røntgenbilleder)?

Nej

Ja - Hvor og hvornår? _____

Tillader du at kiropraktoren, om nødvendigt, indhenter dine journaloplysninger, billeder eller lignende?

Ja Nej

Har du modtaget anden behandling for nuværende symptomer?

Nej

Ja - Hvilken og har det hjulpet? _____

Er der andre i familien med problemer i samme område?

Nej

Ja - Hvilke (hvis du ved det)? _____

Har du været eller er du sygemeldt i forbindelse med aktuelle symptomer?

Nej

Ja - Hvor længe? _____

Lider du af andre sygdomme (fx cancer, gigtlidelser, knogleskørhed m.m.)?

Nej

Ja - Hvilke? _____

Kiropraktik

Er du tidligere opereret for noget?

Nej

Ja - Hvornår og for hvad? _____

Ryger du?

Nej

Ja - Hvor meget? _____

Dyrker du normalt nogen motion?

Nej

Ja - Hvad og hvor ofte? _____

Hvad er / var dit erhverv? _____

Hvilken kiropraktor er du anbefalet til?

Grethe Thøstesen

Thomas Damsgaard

John Sandsberg

Mathilde Christensen

Hvordan hørte du om klinikken?

Læge

Fysioterapeut

Zoneterapeut

Massør

Krak

Familie Ven

Kollega

Google

Facebook

Evt. navn: _____

Har du, eller nogen i nærmeste familie nogen arvelige sygdomme?

Nej

Ja - Hvilke(n)? _____

Har du en sundhedsforsikring (gælder ikke medlemskab af Danmark)?

Nej

Ja - Hvilken? _____

Er det andet kiropraktoren bør vide? _____

Giver du samtykke til korrespondance / udveksling af oplysninger med andre fagpersoner (oftest egen læge)?

Nej

Ja

Ønsker du et nyhedsbrev fra Kiropraktorguiden?

Nej

Ja, skriv din e-mailadresse? _____

Skemaet afleveres til sekretæren efter udfyldelse. Mange tak.